

### ពាក្យសុំសំរាប់ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ

បើសិនជាអ្នកចង់ផ្តល់ឱ្យជនណាម្នាក់ផ្សេងទៀតទូរអំណាចដើម្បីជួយអ្នកក្នុងរឿងជាមួយ IMR, អ្នកត្រូវតែបំពេញទម្រង់អនុញ្ញាតអ្នកជំនួយ ។

#### ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល- សង្ខេប \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល \_\_\_\_\_

ឈ្មោះមាតាបិតា ឬអ្នកអាណាព្យាបាល បើសិនជាដាក់ក្តីសំរាប់អនិធិជន \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីបខ្វែង \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលថ្ងៃ # \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលយប់ # \_\_\_\_\_

ឈ្មោះផែនការសុខភាព \_\_\_\_\_

លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជំងឺ \_\_\_\_\_

ថ្ងៃកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ភេទ  ប្រុស  ស្រី

តើអ្នកមានប័ណ្ណ Medi-Cal ឬទេ?  បាទ/ចាស៍  ទេ

តើអ្នកមាន Medicare ឬ Medicare Advantage ឬទេ?  បាទ/ចាស៍  ទេ

តើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងត្រូវត្រូវ ឬបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយផែនការសុខភាពរបស់អ្នកឬទេ?  បាទ/ចាស៍  ទេ

តើអ្នកស្វែងរកការបង់ថ្លៃសង់វិញសំរាប់សេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះឬទេ?  បាទ/ចាស៍  ទេ

#### បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក (ប្រើក្រដាសផ្សេងដោយឡែក ហើយភ្ជាប់ឯកសារនានាបើសិនជាត្រូវការ។)

1 តើលក្ខណសុខភាពរបស់អ្នក ឬភាគវិនិច្ឆ័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតមានលក្ខណបៀបណា? \_\_\_\_\_

2 តើការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាអ្វីខ្លះដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ? \_\_\_\_\_

3 តើអ្នកចង់ឱ្យគេធ្វើសេចក្តីសំរេចក្នុងករណីនេះរបៀបណា? \_\_\_\_\_

4 តើអ្នកមានជំងឺអ្វីមួយដែលធ្ងន់ធ្ងរ គំរាមគំហែងដល់សុខភាពរបស់អ្នកឬទេ?  បាទ/ចាស៍  ទេ  
បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស៍" ចូរពន្យល់ ។ \_\_\_\_\_

5 តើផែនការសុខភាពរបស់អ្នកនិយាយថាការព្យាបាលដែលអ្នកចង់បានគឺជា (សូមត្រួតពិនិត្យ) :  
 មិនមែនជាការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ  ការព្យាបាលពិសោធន៍ ឬស៊ើបអង្កេត  ផ្សេងៗទៀត (សូមពន្យល់)

6 រាយឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតជាគោលរបស់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងៗទៀតដែលធ្លាប់បានពិនិត្យអ្នក ព្យាបាលអ្នក ឬឱ្យដំបូន្មានទៅអ្នកអំពីលក្ខណដឹងរបស់អ្នក ។ តើគេនៅក្នុងបណ្តាញផែនការសុខភាពរបស់អ្នកឬ? (ប្រើក្រដាសផ្សេងដោយឡែក បើត្រូវការ ។)

7 ខ្ញុំស្នើសុំសំរាប់ ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) មួយ ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសំរេចអំពីបញ្ហារបស់ខ្ញុំជាមួយផែនការសុខភាពរបស់ខ្ញុំ ។ បើសិនជាបញ្ហារបស់ខ្ញុំ មិនមានគុណសម្បត្តិសំរាប់ IMR សូមពិនិត្យវាដូចជាការត្រូវត្រូវធម្មតា ។ ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់ការបំរើរបស់ខ្ញុំ ពីអតីតកាល និងបច្ចុប្បន្នកាល និងផែនការសុខភាពរបស់ខ្ញុំដើម្បីបញ្ចេញបញ្ជីសំណុំរឿងវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំ និង ព័ត៌មានដើម្បីពិនិត្យបញ្ហា នេះ ។ បញ្ជីឯកសារទាំងនោះរៀបរាប់ហេតុអ្វីមិនមែនសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការរលាកបំពានសារធាតុញៀន មេរោគ HIV របាយការណ៍អំពីការថតរូបភាពសំរាប់រោគវិនិច្ឆ័យ និងបញ្ជីឯកសារនានាដែលទាក់ទងនឹងករណីរបស់ខ្ញុំ ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង Department of Managed Health Care (DMHC) និងបុគ្គលិក IMR ពិនិត្យមើលសំណុំរឿង និងព័ត៌មានទាំងនេះ ។ សេចក្តីអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ និងត្រូវចប់នៅរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោមលើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ ខ្ញុំទាហរណ៍ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យក្រសួង DMHC បន្តប្រើព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំសំរាប់ផ្នែកផ្សេងៗទៀត ។ ខ្ញុំអាចបញ្ចប់សេចក្តីអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំជាងនេះ បើខ្ញុំប្រាថ្នា ។ គ្រប់ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូននៅក្នុងក្រដាសនេះគឺជាព័ត៌មានពិត ។

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬមាតាបិតា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

# ការណែនាំសំរាប់ពាក្យសុំ IMR

បើសិនជាផែនការសុខភាពរបស់អ្នកបដិសេធសេចផ្នែកណាមួយសំរាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ឬការព្យាបាល អ្នកអាចដាក់បណ្តឹង (បណ្តឹងសារទុក្ខ) ជាមួយផែនការរបស់អ្នក ។ បើសិនជាអ្នកមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសម្រេចរបស់ផែនការអ្នក អ្នកអាចសុំឲ្យមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងថែទាំសុខភាព (DMHC) សំរាប់ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមួយ [(Independent Medical Review) (IMR)] ។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនៃសំណុំរៀងរបស់អ្នកដោយវេជ្ជបណ្ឌិតនានាដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ។ បើសិនជា IMR ត្រូវបានសម្រេចឡើងដោយលំអៀងទៅខាងអ្នក ផែនការរបស់អ្នកតែផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ ។ អ្នកគ្មានចេញថ្លៃឈ្នួលអ្វីឡើយសំរាប់សេវាពី IMR ។

## អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ IMR បើផែនការសុខភាពរបស់អ្នក:

- បដិសេធផ្ទាល់ប្រយោល ឬព្យាបាលសេវា ឬការព្យាបាលដោយសារផែនការកំណត់ថាសេវាទាំងនោះមិនមែនជាការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- និងមិនគ្រប់គ្រងលើការព្យាបាលពិសោធន៍ ឬការព្យាបាលស៊ីបអង្កេតសំរាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដ៏ធ្ងន់ធ្ងរមួយ។
- និងមិនបង់ថ្លៃសំរាប់សេវាបន្ទាន់អាសន្ន ឬសេវាប្រញាប់បន្ទាន់ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

## មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

ស្នើរត្រូវគ្រប់ករណី អ្នកត្រូវតែបំពេញដំណើរការដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ IMR ណាមួយ។ ផែនការរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីសម្រេចមួយដល់អ្នកក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 3 ថ្ងៃ បើសិនជាបញ្ហារបស់អ្នកជាបញ្ហាបន្ទាន់អាសន្ន ហើយគំរាមគំហែងដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

បើសិនជាផែនការរបស់អ្នកបដិសេធការព្យាបាលរបស់អ្នកដោយសារវាជាការពិសោធន៍/ការស៊ីបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវតែចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹងនៃផែនការរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ IMR ណាមួយ។

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំសំរាប់ IMR ក្នុងរវាងប្រាំមួយខែក្រោយពីផែនការសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើចម្លើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរតបបណ្តឹងត្រូវរបស់អ្នក។ យើងប្រហែលអាចទទួលពាក្យសុំរបស់អ្នកក្រោយរយៈពេលប្រាំមួយខែ បើយើងកំណត់ថាស្ថានភាពនោះបានរវាងដល់ការដាក់ពាក្យឲ្យទាន់ពេលវេលា។

សូមជ្រាបថា បើសិនជាអ្នកសំរេចចិត្តមិនចូលរួមក្នុងដំណើរការ IMR អ្នកប្រហែលត្រូវលះបង់សិទ្ធិក្រោមផ្លូវច្បាប់របស់អ្នកដើម្បីស្វែងធ្វើសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់ប្រឆាំងនឹងផែនការរបស់អ្នកទាក់ទងអំពីសេវា ឬការព្យាបាលដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ ។

## របៀបដាក់ពាក្យសុំ

បំពេញទម្រង់ពាក្យសុំ IMR ។ បំពេញទម្រង់អនុញ្ញាតអ្នកជំនួយ បើមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នកក្នុងដំណើរការធ្វើទម្រង់ពាក្យសុំ IMR ។ បើអ្នកមានបញ្ជីឯកសារពីអ្នកផ្តល់ការបដិសេធមានចុះកិច្ចសន្យា អំពីបញ្ហាថែរក្សាសុខភាពរបស់អ្នក សូមភ្ជាប់បញ្ជីឯកសារនោះជាមួយពាក្យសុំរបស់អ្នក ។ ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវឲ្យយកបញ្ជីឯកសារពីអ្នកផ្តល់ការបដិសេធជាប្រភពស្របនោះ ។

ភ្ជាប់សំណើចម្បាំងនៃលិខិត ឬសំណុំឯកសារផ្សេងៗទៀតអំពីការព្យាបាល ឬសេវាកម្មដែលផែនការសុខភាពបានបដិសេធការនេះអាចពន្លឿនដំណើរការរបស់ IMR ។ ធ្វើសំណើចម្បាំងនៃសំណុំឯកសារមិនមែនសំណើដើមទេ។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ មិនអាចធ្វើឯកសារនោះឲ្យអ្នកវិញទេ ។

បើសិនជាអ្នកមានសំនួរអំពីការបំពេញក្រដាសទម្រង់ពាក្យសុំ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ តាមលេខ 1-888-466-2219 ឬទូរស័ព្ទ TDD 1-877-688-9891 ។ ទូរស័ព្ទនេះមិនមានអស់ថ្លៃឈ្នួលទេ ។

ធ្វើក្រដាសទម្រង់ និងឯកសារភ្ជាប់នានា តាមសំបុត្រ ឬ ធ្វើតាមទូរសារទៅ:  
**Help Center** ទូរសារ: 916-255-5241  
**Department of Managed Health Care**  
**980 9th Street Suite 500**  
**Sacramento CA 95814-2725**

## តើមានអ្វីកើតឡើង បើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ IMR?

មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ និងពិនិត្យឡើងវិញនូវទម្រង់ពាក្យសុំរបស់អ្នក ហើយធ្វើអ្នកនូវលិខិតមួយក្នុងរវាង 7 ថ្ងៃប្រាប់អ្នក បើអ្នកមានគុណសម្បត្តិសំរាប់ IMR ។ កាលណាគ្រប់ព័ត៌មានរបស់អ្នក រួមនូវបញ្ជីពេទ្យទាក់ទងនានាត្រូវបានទទួល IMR និងត្រូវធ្វើទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យដែលជាអ្នកនឹងត្រូវធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 3 ទៅ 7 ថ្ងៃ បើសំណុំរៀងរបស់អ្នកមានការប្រញាប់បន្ទាន់ ។ អ្នកនឹងត្រូវតែជ្រាបដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តឡើងវិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានពិនិត្យសំណុំរៀងរបស់អ្នកឡើងវិញ ។ បើសិនជា IMR បានសម្រេចដោយលំអៀងខាងអ្នក ផែនការរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ ។

## តើយ៉ាងម៉េច បើសិនជាអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ IMR?

បញ្ហារបស់អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យឡើងវិញតាមរយៈបទដ្ឋាននៃដំណើរការបណ្តឹងរបស់ក្រសួង ។ អ្នកនឹងត្រូវទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៃសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ។

## សេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺត្រូវដោយច្បាប់

- ច្បាប់អំពី Knox-Keene Act នៃរដ្ឋ California ផ្តល់ឲ្យក្រសួងផ្នែកគ្រប់គ្រងថែរក្សាសុខភាព [(Department of Managed Health Care) (DMHC)] នូវអំណាចដាក់បទបញ្ជាដល់ផែនការសុខភាព និងស៊ីបអង្កេតតាមដានបណ្តឹងត្រូវរបស់សមាជិកផែនការសុខភាព ។
- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ របស់ DMHC ប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដើម្បីស៊ីបអង្កេតពីបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនូវផែនការសុខភាព ហើយដើម្បីផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ បើសិនជាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិ ។
- អ្នកផ្តល់ព័ត៌មាននេះមកយើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មាននេះមកយើងទេ ។
- ក៏ប៉ុន្តែ បើសិនជាអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានមកឲ្យយើង យើងក៏ប្រហែលមិនមានលទ្ធភាពស៊ីបអង្កេតបណ្តឹងត្រូវរបស់អ្នក ឬផ្តល់ការពិនិត្យ ឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបានដែរ ។
- យើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកតាមត្រូវការជាមួយផែនការសុខភាព និងវេជ្ជបណ្ឌិតដែលធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ។
- យើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាមួយទីភ្នាក់ងាររដ្ឋបាលដូចតាមការតម្រូវ ឬអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។
- អ្នកមានសិទ្ធិមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ។ ដើម្បីធ្វើដូច្នោះ សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកសម្តែងបញ្ជីរបស់ DMHC អាសយដ្ឋាន DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, ទូរស័ព្ទ 916-322-6727 ។
- ច្បាប់ដែលត្រូវសេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺការអនុវត្តច្បាប់ព័ត៌មាននៃឆ្នាំ 1977 (California Civil Code Section 1798.17) ។

### ទម្រង់អនុញ្ញាតអ្នកជំនួយ

- បើសិនជាអ្នកចង់ផ្តល់ឲ្យជនណាម្នាក់ផ្សេងទៀតនូវអំណាចដើម្បីជួយអ្នកក្នុងរឿងពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ឬ បណ្តឹងត្រូវតែ ត្រូវ ចូរបំពេញ ផ្នែក A និងផ្នែក B ខាងក្រោម ។
- បើអ្នកជាមាតាបិតា ឬជាអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់បំពេញទម្រង់ IMR ឬការត្រួតពិនិត្យសំរាប់ក្មេងក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវ តែបំពេញទម្រង់នេះទេ ។
- បើអ្នកបំពេញទម្រង់ IMR នេះ ឬការត្រួតពិនិត្យសំរាប់អ្នកជំងឺដែលមិនអាចបំពេញទម្រង់នេះដោយសារអ្នកជំងឺអសមត្ថភាព ឬពិការ ហើយអ្នក មានអំណាចស្របច្បាប់បំពេញតួនាទីសំរាប់អ្នកជំងឺនេះ សូមបំពេញតែផ្នែក ផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ ។ ម្យ៉ាងទៀតសូមភ្ជាប់ សំណេរចម្បងមួយច្បាប់ នៃលិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចសំរាប់សេចក្តីសម្រេចការថែរក្សាសុខភាព ឬសំណុំឯកសារផ្សេងៗទៀតដែលនិយាយថាអ្នកអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេច សំរាប់អ្នកជំងឺ ។

### ផ្នែក A: អ្នកជំងឺ

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យជនដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក ផ្នែក B ដើម្បីជួយខ្ញុំក្នុងរឿង IMR ឬការត្រួតពិនិត្យដាក់ប្តឹងជាមួយក្រសួងគ្រប់គ្រង ថែរក្សាសុខភាព (DMHC) ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ DMHC និងបុគ្គលិក IMR ដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈជំងឺរបស់ខ្ញុំ និងការថែរក្សាជា មួយជនដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម ។ ព័ត៌មាននេះប្រហែលមានរួមការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាលរោគ HIV ឬការធ្វើតេស ការព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង ឬផ្តាំញៀន ឬព័ត៌មាននៃការថែរក្សាសុខភាពផ្សេងៗទៀត ។

ខ្ញុំយល់ថាមានតែព័ត៌មានទាក់ទងទៅនឹង IMR ឬការត្រួតពិនិត្យនឹងត្រូវបានចែករំលែក ។

ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំនៃជំនួយនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំមានសិទ្ធិបញ្ចប់វា ។ បើខ្ញុំចង់បញ្ចប់រឿងនេះ ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

### ផ្នែក B: ជនដែលជួយអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះជនដែលជួយ ០ សរសេរព្រឹត្តិ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាជនដែលជួយ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលថ្ងៃ # \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទទាក់ទងពេលយប់ # \_\_\_\_\_

លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចរបស់ខ្ញុំសំរាប់ការសម្រេចថែរក្សាសុខភាព ឬសំណុំឯកសារស្របច្បាប់ផ្សេងៗទៀតគឺមានភ្ជាប់មកជាមួយ ។